FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1876 — N° 357

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 8 août 1876, à 1 heure

PAR LUCIEN VILLARY

Né à Bourse (Hautes-Pyrénées), le 1er octobre 1852,
Aide-major stagiaire au Val-de-Grâce.

ÉTUDE DES TUMEURS FIBRO-PLASTIQUES

AU POINT DE VUE DE LEUR GRAVITÉ

Président de la Thèse : M. GOSSELIN, *Professeur.*

Juges : MM. DOLBEAU, *professeur*
BOUCHARD, FERNET, *Agreges.*

Le Candidat repondra aux questions qui lui seront faites sur les diverse parties de l'enseignement médical.



PARIS
A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1876

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.................. M. VULPIAN.

Professeurs.................. MM.

Anatomie.	SAPPEY.
Physiologie.	BECLARD.
Physique médicale.	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	CHAUFFARD.
Pathologie médicale	AXENFELD. POTAIN
Pathologie chirurgicale	DOLBEAU. TRELAT.
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie.	ROBIN.
Opérations et appareils.	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.	GUBLER.
Hygiène.	BOUCHARDAT.
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau nés.	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie. . .	PARROT
Pathologie comparée et expérimentale.	VULPIAN.
Clinique médicale.	N... SEE (G.). LASEGUE. HARDY.
Clinique chirurgicale.	RICHET. GOSSELIN. BROCA. VERNEUIL.
Clinique d'accouchements.	DEPAUL.

DOYEN HONORAIRE : M. WURTZ

Professeurs honoraires :

MM. BOUILLAUD, le Baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ANGER.	DAMASCHINO.	GARIEL.	LE DENTU.
BERGERON.	DELENS.	GAUTIER.	NICAISE.
BLUM.	DE SEYNES.	GUENIOT.	OLLIVIER.
BOUCHARD.	DUGUET.	HAYEM.	RIGAL.
BOUCHARDAT.	DUVAL.	LANCEREAUX.	TERRIER.
BROUARDEL.	FARABEUF.	LANNELONGUE.	
CHARPENTIER.	FERNET.	LECORCHE.	

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau.	MM. *N.*
— des maladies des enfants.	BLACHEZ
— des maladies mentales et nerveuses.	BALL
— de l'ophthalmologie	PANAS.
— des maladies des voies urinaires.	GUYON.
des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Chef des travaux anatomiques.	Marc SEE

Le Secrétaire de la Faculté : PINET.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon président de hese :

M. GOSSELIN

Chirurgien de l'hôpital de la Charité,
Membre de l'Institut et de l'Académie de médecine,
Commandeur de la Légion d'honneur.

ÉTUDE

DES

TUMEURS FIBRO-PLASTIQUES

au point de vue de leur gravité

INTRODUCTION.

Lebert et les auteurs qui découvrirent les premiers, les tumeurs fibro-plastiques, les considérèrent comme des productions locales, sans tendance à la récidive ni à la généralisation. Mais on ne tarda pas à reconnaître que souvent elles présentaient une gravité excessive ; et quelques chirurgiens allèrent jusqu'à les ranger dans la classe des cancers (Nélaton, Traité de pathologie, du Cancer fibro-plastique).

Le but que nous nous proposons n'est pas de démontrer cette gravité déjà bien établie, mais d'en rechercher autant que possible le degré et les caractères.

Notre travail comprend deux parties : la première est consacrée à une étude sommaire de la tumeur fibro-plastique en général, et la seconde, à l'étude de leur terminaison et de la gravité qu'elles peuvent avoir par leurs récidives et leur généralisation.

Nous avons passé sous silence l'influence que peut exercer sur leur marche, le développement dans les divers tissus et organes. Ce côté de la question nous entraînerait trop loin.

Nous avons basé notre étude sur les opinions des auteurs les plus autorisés, et sur l'analyse d'un grand nombre d'observations déjà publiées.

Nous ne nous dissimulons pas que ce travail est incomplet et renferme des imperfections. Le sujet est trop difficile et le temps dont nous disposions trop limité, pour qu'il en fût autrement. Aussi nous nous recommandons à la bienveillance et à l'indulgence de nos juges.

I

HISTORIQUE.

Au nombre des tumeurs dont la gravité est aujourd'hui généralement reconnue il faut placer la tumeur fibro-plastique (Sarcome fasciculé). Son histoire est de date récente. Avant les travaux de Lebert en effet, toutes les tumeurs de ce genre ou du moins une grande partie d'entre elles étaient décrites sous le nom de Cancer. Si l'on veut bien se rappeler combien d'affections différentes, au sein surtout, ont été classées dans la catégorie des cancers, on comprendra sans peine quelle regrettable confusion existait autrefois dans cette partie de la pathologie.

Des observateurs ayant la valeur de Boyer (1804) pouvaient bien remarquer que quelques affections des os avaient une marche plus lente que celle du cancer, et peut être une moindre gravité; que certaines tumeurs du tissu cellulaire (encephaloïde enkysté) avaient un aspect particulier et une marche propre, mais cela était insuffisant.

Le microscope seul pouvait trancher la question en apportant au clinicien l'appui de ses démonstrations.

En France on rapporte à Lebert toute la gloire de la découverte de l'élément caractéristique de la tumeur fibro-plastique (1845). Nous accordons volontiers à cet

auteur ce mérite, tout en faisant remarquer que dans son livre des tumeurs (Ueber die feineren Bauder-Geschwuslte ; Berlin, 1838), J. Müller avait décrit, en partie au moins, les mêmes éléments dont la réunion constituait pour lui les tumeurs fibreuses albuminoïdes. Les descriptions de Müller sont loin de présenter le cachet de vérité et de précision dont sont empreintes les œuvres de Lebert, et son système est inférieur, bien que celui de Lebert ait été fortement attaqué dans ces dernières années.

Nous n'avons pas l'intention de suivre tous les auteurs dans les différents systèmes qu'ils ont cru devoir édifier à propos de l'étude du sarcome fibro-plastique. L'histoire des luttes parfois très-vives, auxquelles ont donné lieu souvent de simples appréciations de mots, nous conduirait à des redites multipliées, et nous prouveraient que la question est loin d'être élucidée.

Galien dit qu'on appelle sarcome, l'excroissance charnue contre nature qui se produit dans la cavité nasale, et il remarque expressément que cette catégorie comprend aussi les polypes. (Galien. Definitione medicæ sarcoma est incrementum carnis in nasibus, naturæ modum excedens. Polypus quoque sarcomæ quoddam est. Differt sarcoma a polypo magnitudine et structura). Cette manière de voir s'est conservée jusqu'aux temps modernes... Dans les écrits des médecins il n'est guère question que de sarcomes de l'utérus dans le sens d'excroissances charnues ou polypeuses. — Déjà auparavant les chirurgiens désignaient ainsi certaines tumeurs dures, profondément situées, qui appartenaient au tissu musculaire lui-même et aux parties voisines. Ces tu-

meurs étaient molles, indolentes, arrondies, solides, formées par l'entrelacement des parties fibreuses, recouvertes par la peau, ayant peu de vaisseaux sanguins et étant en général d'une nature assez bénigne. On admettait qu'elles s'enflammaient à l'occasion, et qu'elles se transformaient en pus, squirrhe, ou cancer. Mais avec cela on avait obtenu peu de résultats, car si l'on examine aujourd'hui ce que l'on entendait par sarcôme, assurément il ne peut rester douteux que les fibromes, les lipômes, les chondrômes et une foule d'autres tumeurs avaient été confondues avec les véritables cancers et les sarcômes.

La plupart des chirurgiens se sont décidés à admettre que les fongus et les sarcômes étaient identiques. Ils considéraient donc la forme fongueuse ou en champignon comme essentielle pour la sarcôme.

Au commencement de ce siècle on a rangé dans la catégorie des sarcômes presque tout ce qui n'avait pas une nature cystique, ce qui ne présentait pas une dureté extraordinaire, ce qui ne se distinguait pas par une disposition particulière à l'ulcération et aux douleurs; donc tout ce qu'on n'appelait pas kyste, steatôme, exostose ou carcinôme.

John Abernethy proposa de désigner sous ce nom tout un genre de tumeurs et d'y distinguer encore une série d'espèces. Comme tels il désignait le sarcôme ordinaire, vasculaire ou organisé, le sarcôme adipeux, le sarcôme pancréatique, le sarcôme enkysté, le sarcôme mamellaire, les sarcômes tuberculeux, médullaire et carcinomateux. La plupart de ces noms ne furent jamais adoptés. Cependant le sarcôme simple, le sarcôme

enkysté, et le sarcôme medullaire restent. On y joignit encore le sarcôme gélatineux ou colloïde, et le sarcôme osseux (osteo-sarcome). Abernethy avait donné à ces tumeurs le nom de sarcômes médullaires parce qu'il leur trouvait à distance beaucoup d'analogie avec la substance du cerveau. Laennec fit un pas de plus dans la terminologie en employant dans ces cas le nom d'encéphaloïde ou de cérébriforme. Hey leur avait donné le nom de fongus sanguin ou hématode, Maunoir, celui de fongus hématode et fongus médullaire.

Par cette séparation on rapprocha tellement les sarcômes médullaire des sarcômes carcinomateux d'Abernethy ou du véritable cancer, que bientôt le sarcôme médullaire et le carcinome médullaire devinrent identiques.

La parenté des fongus et des sarcômes avec les squirrhes et les carcinomes trouva un grand nombre d'adhérents; notamment en Allemagne la question fut décidée pour longtemps par l'autorité de Jean-Frédéric Meckel et Philippe de Valther, dans le sens de l'identité du fongus hæmatode, du fongus médullaire et de la mélanose.

Quelques ophthalmologistes conservèrent l'expression de sarcôme pour quelques espèces d'excroissances verruqueuses et granuleuses de la cornée et de la conjonctive, sans y attacher, en général, une idée anatomique déterminée.

Walther se décida même, plus tard, à appeler sarcôme toute augmentation de volume d'un organe produite par hypertrophie sans changement de forme et de composition, et à appliquer cette désignation aux

hyperplasies ordinaires des tonsilles et des parotides, au goître et à la tuméfaction du foie. Stromeyer définit les sarcômes comme des tumeurs formées d'un tissu cellulaire riche en vaisseaux, et semblable, dans sa structure, au tissu musculaire de nouvelle formation, et aux granulations. Il y rangea non-seulement les fibroïdes et les cysto-sarcômes, mais aussi certaines mélanoses, tandis qu'il en exclut les hyperplasies simples et les fongus médullaires. De tout cela une confusion dans le langage, une entente impossible. Chacun employait le même nom pour désigner les végétations les plus différentes. C'est justement cet état de choses arbitraire qui a provoqué la réaction lorsqu'on s'est mis à examiner les tumeurs au point de vue anatomique et histologique. On a pensé qu'il n'y avait rien de mieux à faire que de supprimer ce nom dont on avait tant abusé et de désigner d'une autre manière les differentes espèces de production comprises sous cette dénomination.

La seconde période de l'histoire des sarcômes commence avec Lebert. Fidèle à ce principe de classer les tumeurs d'après les éléments qu'elles renferment, Lebert, dans sa *Physiologie pathologique*, traça de main de maître la description de l'élément fibro plastique, combattit avec ses élèves la cellule organoplastique, chercha à établir la spécificité des éléments des tumeurs, établie par l'école de Schwann et de J. Müller, et reprit, en l'étayant, la doctrine de l'isomorphisme de Laennec, créa celle du blastème pathologique, et donna comme conclusion la bénignité du sarcôme fibro-plastique. Cette bénignité illusoire fut bientôt démentie par les

faits et par Lebert lui-même. Ch. Robin, étudiant à nouveau la question, distingua des tumeurs fibro-plastiques, les tumeurs à noyaux, et les appela embryoplastiques.

« Tandis que les élèves suivaient la trace du maître, une troisième période commençait pour l'étude des tumeurs. Virchow, repoussant l'idée des blastèmes amorphes. des granulations moléculaires, des nucléoles, des noyaux, de toute génération spontanée en un mot, s'arrêta à la doctrine de l'accroissement cellulaire continu. *Omnis cellula a cellula*, tel fut le mot d'ordre de son école, tandis que le tissu conjonctif devenait la mine inépuisable d'où toute production pathologique devait sortir, soit par segmentation des éléments normaux, soit par suite de changements survenus dans l'intérieur des cellules du tissu conjonctif. A l'heure présente les histologistes ont de la tendance à admettre la loi de Müller et la première partie de celle de Virchow. (J. André, note manuscrite.) »

Nous énoncerons ces deux lois.

1 Loi de J. Müller : Le tissu qui forme une tumeur a son type dans un tissu de l'organisme à l'état embryonnaire ou à l'état de développement complet. (*Loc. cit.*)

2° Loi de Virchow : Les éléments cellulaires d'une tumeur dérivent d'anciens éléments cellulaires de l'organisme. — A quoi Virchow ajoute : Ces éléments proviennent des cellules du tissu conjonctif.

Ainsi qu'on peut le voir un retour s'est fait vers les idées de Müller et de Schwann. Ce retour s'est accentué encore depuis. En 1871, T. Neumann (*Arch. der Heil-*

kunde, Leipsig), a avancé que le sarcôme résulte d'un processus analogue aux néoformations conjonctives qui surviennent à la suite de la pleurésie. Ces néoformations sont formées d'éléments cellulaires. Le protoplasma constitue la substance intercellulaire. Ainsi la théorie de Virchow devrait céder la place aux idées de Schwann, soutenues par Beale et Schultze, et les sarcômes proviendraient de la fibrine du sang excrétée par suite d'une force métabolique.

Quoi qu'il en soit, cette nouvelle phase de l'historique des sarcômes ne saurait nous retenir plus longtemps, et nous terminons par un rapide aperçu des travaux publiés depuis Lebert sur les tumeurs fibro-plastiques au point de vue de la pathologie clinique.

Mais avant, nous croyons devoir donner la définition des sarcômes proposées par MM. Cornil et Ranvier. Les sarcômes sont des tumeurs constituées par du tissu embryonnaire pur, ou subissant une des premières modifications qu'il présente pour devenir tissu adulte.

D'après cette définition, on peut voir que le sarcôme fasciculé n'est pour ces auteurs qu'une variété des sarcômes en général, variété caractérisée par une ébauche d'organisation subie par le tissu embryonnaire. Ce système, basé sur la loi de J. Müller, aurait pour résultat de rayer du langage scientifique les mots de hétéromorphie, hétéroplasie, mis en regard des mots homœomorphie, homœoplasie, représentant des idées de parasitisme ou de tissus sans analogues dans l'économie.

Lebert, en 1845, avait donné la description des tumeurs fibro plastiques, et attiré sur ce point l'attention des cliniciens et des histologistes. Aussi à partir de cette

époque toutes les tumeurs furent-elles soumises à un examen attentif. C'est ainsi qu'en 1848, M. Nélaton, en 1850, M. Chassaignac, en 1851, M. Larrey, présentaient des tumeurs que le microscope déclarait de nature fibro-plastique. En 1850, M. Broca, dans un travail couronné par l'Académie de médecine, consacrait la deuxième partie de son travail à l'étude des pseudo-cancers et faisait connaître d'une manière bien nette la distinction qui existe entre les tumeurs fibro-plastiques et les cancers. En 1852 paraissait un mémoire de Lebert sur la production fibro-plastique accidentelle et les tumeurs fibro-plastiques.

De jour en jour grossissait le nombre d'observations qui permettaient, les unes d'affirmer la tendance à la récidive, les autres à la généralisation de la fibro-plastie.

En 1855 (*Comptes-rendus des Séances et Mémoires de la Société de Biologie*, année 1855, t. II), M. Verneuil donnait un travail sur la nomenclature des tumeurs formées par les éléments du tissu cellulaire,

En 1854 (*Archives générales de médecine*, décembre), venaient les travaux de M. Follin sur le cancer; le cancroïde épithélial et le tissu fibro-plastique.

En 1856 (lichen), une note de MM. Ch. Robin et Ordonez sur le siége et la structure des tumeurs mixtes, fibro plastiques et cartilagineuses de l'épididyme.

Enfin, Paget et Birkett, en Angleterre, Hugo, Senffleben et surtout Virchow, en Allemagne, s'occupaient des productions fibro-plastiques.

II.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les tumeurs fibro-plastiques ne sont véritablement intéressantes à étudier en tant qu'anatomie pathologique, que dans leurs détails de structure et de texture. La physionomie qu'elles présentent varie suivant la région dans laquelle elles se développent.

Généralement elles sont rondes. Leur surface est lisse ou lobulée. Elles sont ordinairement dures, entourées d'une gaine de tissu conjonctif; ce qui facilite leur énucléation, quand elles ne se présentent pas sous une forme diffuse. Ce tissu conjonctif périphérique est généralement très-vasculaire.

Une coupe macroscopique de la tumeur permet de constater qu'elle est formée par un tissu gris blanchâtre sillonné par de fines lignes grises qui rayonnent dans la tumeur. Ce tissu marbré, difficile à déchirer, peu vasculaire, présente parfois une dureté considérable, et parfois une mollesse excessive. Sa couleur est en rapport avec la quantité de vaisseaux qu'il contient; sa mollesse ou sa dureté avec la quantité de liquide dont il est imprégné.

On remarque assez rarement du reste des tumeurs fibro-plastiques dont l'aspect général est celui d'une matière gélatineuse amorphe, tumeurs colloïdes de Laennec.

Quoi qu'il en soit, on voit que les sarcômes fasciculés varient beaucoup au point de vue de leur consistance ; et nous dirons que leur gravité résulte moins de la forme plus ou moins grande de leurs éléments que de la quantité de sucre qu'ils renferment. Telle est du moins l'opinion de Waldayer.

Si maintenant nous passons à l'étude des éléments du sarcôme fasciculé, nous voyons que ces éléments sont fusiformes, que leurs extrémités sont allongées. « Les cellules peuvent être arrondies, sphériques, ovoides, allongées, irrégulières, généralement assez plates. Plus elles sont jeunes, plus leur enveloppe est, pour ainsi dire accolée à la surface du noyau. Leur dimension moyenne est de 1|100 à 1|60 de millimètre. Leur paroi cellulaire est pâle, homogène, peu granuleuse. On trouve un ou deux noyaux dans leur intérieur. (Lebert, *Traité d'anat. path. gén. et spéc.*, t. I, p. 185.) La paroi cellulaire peut s'observer facilement dans les préparations colorées au picro-carminate. Les prolongements sont considérables. Ils peuveut atteindre 1|40 de millimètre ; quelquefois 1|20 et même 1|10.

Selon MM. Cornil et Ranvier : « Les cellules du sarcome fasciculé ont de 0,0015 à 0,003 millimètres de longueur, mais peuvent acquérir des dimensions colossales allant jusqu'à 0,001 millimètre. Les éléments affectent une disposition telles qu'ils sont au contact, et qne les extrémités d'une cellule sont en rapport avec la partie renflée de ses voisines. La masse compacte de ces cellules parallèles forme par suite de véritables faisceaux. Ces faisceaux sont tantôt parallèles les uns aux autres, tantôt entrecroisés. » Par suite de cette disposition on

trouve sur une coupe des faisceaux qui se présentent suivant leur axe, et d'autres qui sont coupés transversalement. De là de véritables tourbillons, des espaces remplis par des cellules que de prime-abord on croirait rondes. Ces tourbillons représentent la section transversale. Autour d'eux existent des tractus qui représentent la section longitudinale. La section n'est pas ordinairement unie ; il y a des saillies en forme de cône provenant des faisceaux transversalement coupés.

Les tumeurs fibro-plastiques renferment aussi parfois des éléments cartilagineux ou graisseux ; le myxôme lipomateux décrit par Virchow, n'est que la tumeur fibro-plastique mélangée de tissu graisseux. Nous dirons encore que certaines tumeurs fibro-plastiques présentent une coloration noirâtre, soit par les éléments colorés du sang. Il faut ne pas les confondre avec ces tumeurs mélaniques dont la coloration est due à des granules noirs qui se déposent dans les cellules et même dans la substance intermédiaire, tumeurs qu'on ne saurait assimiler à la tumeur fibro-plastique. Ces granules mis en liberté sont animés de mouvements browmiens.

Dans tous les sarcomes fasciculés il est possible de retrouver les cellules mères de J. Müller ou myeloplaxes de M. Ch. Robin. Elles sont surtout abondantes au sein.

Il y a aussi des vaisseaux. Mais il est à remarquer que leurs parois sont de même nature que la tumeur. On pourrait presque dire qu'ils n'ont pas de parois propres et que ce sont de véritables canaux creusés dans l'intérieur du tissu morbide.

Pour être complet nous devrions maintenant étudier le sarcôme fasciculé dans chaque tissu et dans chaque organe. Mais ce travail, qui certes offre un grand intérêt,

nous entraînerait au delà des bornes que nous nous sommes fixées.

ÉTIOLOGIE.

Cette partie de l'histoire de la tumeur fibro-plastique est enveloppée d'obscurité. Beaucoup d'auteurs signalent comme causes des chutes, des coups, des frottements réitérés en un mot une violence extérieure quelconque. Dans beaucoup d'observations en effet, les malades font remonter les tumeurs à cette cause. Mais on comprend difficilement qu'un moyen aussi banal puisse produire de tels effets. Ce signe a d'autant moins de valeur, qu'on e trouve donné pour presque toutes les variétés de tumeurs.

Rien dans nos recherches ne nous permet de dire qu'elles peuvent être héréditaires.

M. Ordonez (Carrera, thèse de Paris, 1865) a prétendu que cette affection est toujours sous l'influence de la diathèse syphilitique. Mais l'observation a prouvé qu'il n'y avait pas de rapport constant entre ces deux affections. D'ailleurs l'évolution et le traitement de la tumeur fibro-plastique la séparent complétement des manifestations syphilitiques.

D'une manière générale les sarcômes ont leur plus grande fréquence de 25 à 50 ans. Mais on peut les rencontrer dans l'enfance et dans la vieillesse. Nous trouvons dans les bulletins de la Société anatomique des cas de tumeurs fibro-plastiques congénitales présentées par MM. Nélaton, Verneuil, Godard et Liégeois.

Le sexe et la constitution ne paraissent pas exercer d'influence sur la marche de l'affection.

SYMPTOMATOLOGIE.

Le sarcome fasciculé débute presque toujours lentement, sans cause appréciable, sans que le malade s'en aperçoive. On a signalé des douleurs vagues semblables aux douleurs rhumatoïdes, précédant l'apparition de quelques unes de ces tumeurs.

Quand le malade constate la présence de sa tumeur, celle-ci a ordinairement le volume d'une noisette. Elle progresse lentement jusqu'à atteindre le volume d'une mandarine. Mais on en a vu arriver aux dimensions d'une tête d'enfant, et quelquefois même la dépasser.

Ces tumeurs affectent une forme généralement arrondie. Elles sont lisses, quelquefois elles présentent des lobules et des bosselures plus ou moins apparentes. D'après Lebert les grandes tumeurs fibro-plastiques, fréquentes dans les membres, à la cuisse surtout offriraient une forme plutôt ovoïde que globuleuse. Selon ce même auteur leur volume varie suivant le siége et l'origine.

Elles ont, en général, une consistance dure, élastique; mais en en trouve qui, dans différents points, présentent une sorte de fluctuation, ce qui tient à des kystes formés dans la tumeur. Elles peuvent également donner au doigt qui les explore une sensation de dureté osseuse, quand elles sont parsemées de spicules et de réseaux osseux. Mais on ne rencontre ce signe que dans les productions provenant des os (1).

(1) Nous avons eu l'occasion dernièrement d'examiner une tumeur fibro-plastique (sarcome fasciculé) développée dans le tissu

La peau conserve généralement sa coloration et sa texture normale, si ce n'est dans le cas où la tumeur a atteint des dimensions énormes. Alors elle prend une teinte plus ou moins violacée et laisse voir par transparence les vaisseaux sous-cutanés dilatés ; elle est amincie, mais conserve sa mobilité à la surface de la tumeur. Les téguments voisins subissent aussi sur une certaine étendue, les mêmes changements de coloration et les mêmes altérations.

Les tumeurs fibro-plastiques sont rarement le siége de douleurs spontanées ; la pression elle-même est à peine sensible, et si quelquefois des douleurs existent, elles n'ont jamais le caractère lancinant des douleurs primitives du cancer ; elles se traduisent plutôt par une sorte de gêne et de pesanteur. C'est même cette gêne qui est parfois le premier indice qui annonce au malade l'existence de la tumeur.

Les sarcômes fasciculés ont une marche assez variable, mais elle est en général très-lente. M. Gosselin cite un malade ayant au pied droit une tumeur fibro-plastique, laquelle avait mis environ quarante années pour prendre le développement de la moitié d'une petite orange. Tantôt l'accroissement se fait d'une manière continue, et s'arrête quand la tumeur a acquis un certain volume ; tantôt après avoir évolué pendant un temps variable, la tumeur s'arrête, reste stationnaire pour reprendre son développement ; le plus souvent alors à la suite d'une contusion, de froissement, ou d'excès de fatigues,

conjonctif inter-fasciculaire du demi-tendineux. Cette tumeur donnait lieu à des douleurs intolérables. Elle était calcifiée sur différents points. (J. André.)

comme cela est arrivé à l'un des malades dont nous rapportons l'observation (observation III).

L'ulcération n'arrive que très-tard. Les tumeurs fibro-plastiques n'ont par elles-mêmes aucune tendance à l'ulcération. Ce phénomène ne s'observe que lorsqu'elles atteignent des dimensions exagérées et qu'elles subissent quelque traumatisme ou quelque violence extérieure.

Pendant que la tumeur évolue, l'état général reste bon. On voit des malades avec une tumeur même énorme avoir tous les attributs d'une santé florissante et accomplir leurs occupations journalières. L'état des ganglions ajoute encore aux apparences de localisation et de bénignité de la tumeur. Il est très-rare de les voir augmenter de volume, alors même que l'affection évolue dans leur voisinage et dans le petit nombre de cas que l'on a constaté qu'ils étaient plus volumineux que du côté sain, il est arrivé à plusieurs reprises que l'examen histologique a permis d'affirmer qu'il n'y avait dans leur intérieur rien qui ressemblât à une production fibroplastique (observation d'Hayem).

DIAGNOSTIC.

Il est très-difficile de diagnostiquer une tumeur fibro-plastique au lit du malade, car il n'existe aucun signe qui la fasse reconnaître d'une façon absolue. La marche lente de la tumeur, sa dureté, son élasticité, l'absence de douleurs, l'état de bonne santé du malade, son âge, joint au siége de l'affection peuvent donner

des probabilités se rapprochant plus ou moins de la certitude. On sait que le siége de prédilection des tumeurs fibro-plastiques est aux membres, surtout aux membres inférieurs, qu'elles sont ordinairement sans adhérence à la peau et qu'elles s'implantent de préférence sur les aponévroses et sur le périoste. Encore est-il que les fibrômes se développent aux mêmes points et présentent à peu près les mêmes caractères. D'où il suit que pour poser un diagnostic certain, il faut avoir recours à l'examen microscopique, ou étudier les suites de l'affection.

DE LA RÉCIDIVE ET DE LA GÉNÉRALISATION.

Nous sommes arrivé maintenant à la partie de notre travail la plus intéressante et la plus difficile à l'étude de la récidive et de la généralisation des tumeurs fibro-plastiques. Cette question si importante au point de vue pratique est encore loin d'être élucidée dans tous ses détails. On s'accorde généralement à admettre que ces tumeurs ont une gravité des plus grandes, récidivent presque fatalement, se généralisent et tiennent le premier rang dans les tumeurs malignes après le cancer.

Dans les recherches que nous avons faites pour étudier cette gravité, nous ne nous sommes pas borné à consulter les auteurs qui se sont occupés de la question. Nous avons encore parcouru un grand nombre d'observations. Voici le résultat où nous ont conduit ces recherches combinées.

Guérisons. — Les cas de guérison bien observée sont

très-rares. Nous rapporterons quelques uns de ceux que nous avons pu recueillir dans divers traités.

Obs. I. — Une jeune fille de 14 ans présentait une tumeur fibro-plastique du volume d'une noisette à la mâchoire supérienre. Les deux premières opérations furent suivies de récidives sur place. On enleva une grande partie de la mâchoire.

On s'aperçut que, dans les opérations antérieures, on n'avait fait pour ainsi dire que couper les branches sans atteindre la racine. — Guérison définitive. (Lebert, *loc. cit.*).

Obs. II. — Tumeur fibro-plastique des parois thoraciques. Deux récidives. Depuis quatre ans qu'on a pratiqué la dernière opération, on n'a pas observé de récidives. (Virchow. *Arch. pathologischen anatomie*).

Obs. III. — Tumeur du coude ayant récidivé deux fois. M. Nélaton fit la troisième opération, réséqua l'olécrâne qui cependant ne paraissait nullement malade. On reconnut la nature fibro-plastique du tissu. Une coupe de l'olécrâne fit voir aussi dans cette portion osseuse des éléments embryoplastiques.

Nouvelle récidive. M. Nélaton fit une résection plus étendue. « Cette dernière opération, dit M. Carrera, fut suivie, si nous ne nous trompons, d'une guérison complète. » (Carrera, th. de Paris, 1868).

Obs. IV. — Homme de 45 ans, ayant présenté, en 1866, une tumeur fibro-plastique du pli du bras. Au bout d'un an, il y avait récidive. Amputation du membre supérieur. Le malade a été observé pendant cinq ans, jusqu'en 1872, époque où il a succombé à une affection cérébrale, qui n'a paru avoir aucun rapport avec sa tumeur. (Gosselin, Clin. chir. de l'hôp. de la Charité. T. 2).

Obs. V. — Femme âgée de 52 ans, ayant eu une première tumeur fibro-plastique en 1859, à la partie externe et antérieure de la cuisse. Ablation par M. Gosselin.

Trois récidives en 1861, 1864, 1867. La dernière opération a été pratiquée le 15 juillet 1867. La santé est toujours restée florissante.

M. Gosselin a revu la malade le 30 décembre 1872 (quatre an après), il n'y avait pas eu de nouvelle récidive.

Nous signalerons, sans y ajouter une grande importance, les faits consignés dans la thèse de doctorat de M. Lannelongue.

1° Tumeur fibro-plastique du thorax.— Ablation, 18 mai 1861. — On n'a pas vu de récidive.

2° Tumeur fibro-plastique de l'épaule. Trois récidives. Dernière opération le 22 juin 1861. — On n'a pas vu de récidive.

3° Tumeur fibro-plastique de la grande lèvre gauche. Opération le 28 novembre 1861. — On n'a pas vu de récidive.

M. Lannelongue citait ces cas en 1862, ce qui leur donne peu de valeur au point de vue de la guérison définitive.

Ainsi qu'on le voit, ces cas sont très-rares, la guérison peut survenir soit après l'ablation de la tumeur primitive, soit, et c'est le cas le plus fréquent après une ou plusieurs récidives. Ajoutons que le plus souvent, les malades n'ont pu être observés pendant un temps assez long pour permettre d'affirmer que la maladie était définitivement éteinte. Aussi, M. Gosselin a-t-il dit fort judicieusement à propos du malade dont nous venons de signaler l'observation (obs. IV, voir plus haut). « Je ne suis pas en droit d'affirmer que ce sujet s'il eût vécu n'aurait pas eu plus tard une récidive. Je

remarque seulement que pendant quatre années après l'amputation, cette récidive n'a pas eu lieu. »

Néanmoins, ces quelques faits joints au grand nombre de ces tumeurs qui ont été opérées, sans qu'on ait plus revu le malade, tendraient à prouver que cette affection n'est pas fatalement destinée à la récidive, et qu'elle peut dans certains cas offrir le caractère de la bénignité. Mais dans quelles conditions ces caractères peuvent-ils se présenter? Ces conditions, si elles existent, sont malheureusement inconnues. Voici pourtant ce que dit Virchow à ce sujet : « dans les sarcomes on hésite souvent plus longtemps à exécuter l'opération parce que la tumeur semble bénigne, qu'elle croit peut être lentement, qu'elle n'est pas douloureuse, qu'elle ne montre aucune disposition à l'ulcération, ni au ramollissement, et n'incommode que faiblement le malade. L'immunité relative des glandes contribue aussi beaucoup à poser un pronostic favorable. Mais on laisse souvent passer le moment du pronostic favorable, où la tumeur est un mal local et peut être aisément et complètement enlevée. Pendant ce temps l'infection progresse dans le voisinage ; peut-être les germes se disséminent-ils dans une plus grande étendue, et des métastases éloignées commencent-elles déjà à se faire. Si plus tard, on en vient cependant à l'opération, on n'en voit pas moins ensuite de nouvelles nodosités se produire en divers endroits avec une plus grande vitalité. Alors on se demande si la tumeur qu'on avait considérée auparavant peut-être comme une simple hypertrophie ou un mal purement local n'était pas un cancer. »

Nous ne savons pas jusqu'à quel point cette recom-

mandation de Virchow a opérer le plus tôt possible est vraie. Nous voyons même des auteurs (Malhene, thèse de Paris, 1866) recommander de ne toucher à la tumeur que lorsqu'elle devient gênante, prétendant que l'opération présente plus de dangers que l'évolution de la tumeur. Certains faits semblent d'accord avec cette manière de voir. En définitive, il n'y a rien là de précis qui puisse indiquer au praticien une règle sûre.

Une autre condition plus rationnelle pour arriver à la guérison, c'est d'opérer largement. Mais nous allons revenir là-dessus en parlant des récidives.

Récidives. — La récidive est la règle dans la tumeur fibro-plastique. On l'a vue se produire un très-grand nombre de fois sur le même sujet. Elles s'est montrée non pas seulement dans les cas où il y a eu tendance à la généralisation, mais aussi dans certains cas qui ont paru plus tard se terminer par la guérison.

A quoi est due cette nouvelle production ? parfois elle se montre quand la tumeur n'a pas été complètement enlevée. Alors il n'y a pas récidive à proprement parler. Les parties qui restent continuent à évoluer comme la tumeur primitive. C'est ce que M. Broca désigne sous le nom de *récidive par continuation* (Traités des tumeurs, t. I), il est facile de constater les cas de ce genre par l'inspection de la partie enlevée, qui fait voir à sa surface le tissu morbide sectionné. C'est ainsi que dans les cas de guérisons, que nous signalons plus haut (obs. I, et obs. III), la récidive était due à l'ablation incomplète de la tumeur.

Dans ces cas, la récidive se montre assez rapidement.

M. Broca donne comme limite la plus éloignée cinq à six mois.

La récidive ne pourrait-elle pas encore tenir à de petits noyaux disséminés autour de la tumeur principale, et que le chirurgien n'aurait pu reconnaître ? C'est du moins ce qu'il nous a semblé à l'occasion d'un malade que nous avons eu l'occasion d'examiner en ville. Il nous racontait qu'à peine guéri des suites de son opération, il sentait rouler au dessus de la cicatrice et sans adhérences avec elle un petit noyau qui depuis a acquis les dimensions d'une tumeur énorme.

Ces conditions ne sont pas les seules dans lesquelles il y ait récidive. Il arrive plus fréquemment peut-être qu'on enlève complètement la tumeur, et malgré cette ablation le tissu pathologique se reproduit. Ceci est évident surtout quand la tumeur est enkystée et qu'elle se laisse énucléer avec la plus grande facilité. Dans ces cas on ne peut supposer que des parcelles de la tumeur ou des prolongements sont restés dans les tissus, puisqu'il n'y avait point d'adhérences.

Comment se produisent les récidives dans ces circonstances? il serait difficile de les expliquer autrement que par une prédisposition dont l'essence est inconnue, prédisposition qui fait évoluer la tumeur secondaire comme elle a fait évoluer la tumeur primitive. Ces récidives ont reçu le nom de *récidives par repullulation* (Broca, t. II). C'est pour expliquer cette repullulation que M. Ch. Robin dit que l'ablation d'une tumeur ne fait pas disparaître la cause de l'hypergenèse des éléments qui constituent la tumeur (*Dict. de méd.*, Robin et Littré). C'est aussi la seule explication qu'on puisse

donner des récidives dans un lieu éloigné. Ainsi, il n'est pas rare de voir après l'amputation d'un membre pour une tumeur fibro-plastique se former une nouvelle tumeur sur le moignon (voir l'observation II).

Dans tous ces cas de récidive par repullulation, pour peu que la cause de cette hypergenèse signalée par M. Ch. Robin existe, le terrain est tout préparé, puisque dans l'organisation du tissu cicatriciel se trouvent un grand nombre d'éléments fibro-plastiques qui, à l'état ordinaire continueraient leur évolution pour former du tissu conjonctif. Pourquoi ici, grâce à cette cause, ne se multiplieraient-ils pas pour former une tumeur fibro-plastique. Cette manière de voir serait confirmée par la tendance qu'ont les tumeurs secondaires à se former sur les cicatrices. Cette prédisposition à la repullulation est-elle susceptible de s'épuiser quand le chirurgien ne cesse de lutter incessamment contre les récidives? Lebert (*Anatomie pathologique*, t. II) affirme qu'il peut en être ainsi, il cite même plusieurs faits à l'appui de son assertion. Mais ces faits sont peu concluants et l'on a malheureusement vu parfois, après l'extirpation, la nouvelle production avoir une marche plus rapide et plus envahissante que la tumeur primitive. Disons encore que la fibro-plastie peut exister pendant longtemps à l'état de récidive, sans tendance à la généralisation. Les tumeurs récidivées n'ont aucun retentissement sur l'économie, que ne puissent expliquer leurs caractères extérieurs. Nous allons voir qu'il semble en être de même des tumeurs généralisées.

Généralisation. — La tumeur fibro-plastique est une

de celles dont la généralisation est indiscutable. Elle survient même assez fréquemment sans pourtant qué nous puissions hasarder une proposition. Dans nos recherches, nous avons constaté la généralisation dans près de la moitié des cas qui ont été suivis jusqu'au bout.

Cette généralisation peut se présenter á des époques très-variables à partir du commencement de l'affection. Elle se montre après une ou plusieurs récidives, et quoique plus rarement, sans qu'il y ait jamais eu récidive. Ce qu'elle a de particulier, ce qui, du moins, la distingue de la généralisation du cancer, c'est l'absence de cachexie, l'immunité presque constante des ganglions, la production de noyaux secondaires de préférence dans le poumon. Enfin quelques observations tendraient à prouver que cette généralisation se fait par le système veineux.

L'absence de cachexie, cet état particulier qui se montre chez les cancéreux, quand l'affection commence à retentir sur l'économie, est à peu près constante dans la généralisation des tumeurs fibro-plastiques. « Les observations; dit M. Broca, montrent que, dans ces cas, les malades ne présentent aucun cas particulier, jusqu'au jour où la vie est compromise par la lésion des organes que la généralisation envahit. « Nous pourrions, à l'exemple de M. Broca, analyser les divers cas de généralisation qui ont été observés, et démontrer ce fait. Mais nous nous bornerons à signaler que, dans l'observation que nous devons à l'obligeance de M. Pean, le malade se remettait de l'opération qu'on lui avait fait subir pour enlever une tumeur récidivée, quand il fut pris

d'accidents brusques (pleuro-pneumonie) qui ont amené la mort.

Ces accidents, qui se traduisent ordinairement par des symptômes du côté du thorax, puisque les poumons sont le plus souvent atteints, n'ont rien de particulier aux tumeurs fibro-plastiques ; ils pourraient survenir par l'évolution de n'importe quel produit pathologique, quelque bénin qu'il fût, qui se formerait dans les mêmes points. On voit donc que la fibroplastie, dans sa généralisation, pas plus que dans sa récidive, n'exerce généralement par elle-même aucune action sur l'économie, et que ses effets restent toujours localisés.

Cette généralisation est latente dès son début et peut rester ignorée pendant un temps variable, probablement assez long. Alors, si le malade vient à mourir, on trouve à l'autopsie, dans les viscères, des noyaux dont rien ne faisait soupçonner l'existence. C'est ainsi que, chez le malade dont nous rapportons l'histoire, pendant qu'on s'occupait à combattre les récidives, l'affection se généralisait silencieusement dans les organes et amenait une mort inattendue. Chez une femme (*Bull. de la Soc. anat.*, 1874) qui mourut des complications d'une tumeur fibro-plastique rétropéritonéale, prise pendant la vie pour un myome de l'utérus, on trouva deux petites productions de même nature à la surface du foie et des poumons. Que serait-il arrivé si la tumeur primitive avait pu être enlevée? Assurément, les tumeurs secondaires auraient continué leur évolution et amené la terminaison fatale. Ces faits, qui ne sont pas rares, viennent aggraver le pronostic et montrer au chirurgien combien peu il a la certitude

d'avoir arrêté l'affection, même momentanément, quand il a enlevé une tumeur extérieure.

Certes, il y a bien loin de cette généralisation des tumeurs fibro-plastiques à la généralisation carcinomateuse. Celle-ci est ordinairement accompagnée, précédée même par l'infection générale de l'économie; infection qui se traduit par les caractères si frappants de la cachexie cancéreuse. M. Broca a dit (*loc. cit.*) que la généralisation dans le cancer est un effet de l'infection.

Un second fait bien établi pour l'étude de la marche des tumeurs fibro-plastiques, c'est l'immunité presque absolue des ganglions lymphatiques. Beaucoup d'auteurs la signaient. « On observe, dit Billroth, dans les glandes du système lymphatique, des sarcomes vrais par suite d'infection de sarcomes primitifs Ces cas sont très-rares. » Virchow, de son côté, après avoir signalé que, dans les sarcomes, souvent les poumons et le foie deviennent malades sans que les glandes lymphatiques présentent la même altération, ajoute que cette observation semble démontrer que l'infection se fait principalement par le sang dans les sarcomes.

Si maintenant nous étudions comment se fait la généralisation des tumeurs fibro-plastiques, nous arriverons, en identifiant les productions généralisées aux récidives par repullulation, à admettre la même cause de formation; c'est-à-dire une prédisposition de l'économie à produire dans les divers organes des tumeurs de même nature que la tumeur primitive. Pour M. Ch. Robin, cette généralisation est due à un trouble de nutrition, s'étendant aux divers organes. Voici ce qu'il dit: « Les troubles de la nutrition qui deviennent cause de l'hypergénèse

et de l'évolution anormale des éléments naissants, sont des phénomènes moléculaires généraux, comme la nutrition elle-même. Aussi cette génération et ce développement en excès ne demeurent-ils pas toujours bornés à l'organe dans lequel ils se sont manifestés en premier lieu. On voit peu à peu, dans les organes voisins et éloignés, naître des éléments et un tissu morbide semblables en tout point à ceux dont il vient d'être fait mention et d'après les mêmes lois. C'est là ce qui caractérise le phénomène dit de la généralisation des tumeurs. Ainsi, quand un produit pathologique se généralise, ce n'est pas une propriété nouvelle qui entre en jeu, mais seulement une extension, un degré plus avancé ou une manifestation progressive de la perturbation de la nutrition qui est la condition de l'hypergénèse et des troubles du développement des cellules, des fibres, etc. » (Robin, *loc. cit.*).

Nous nous associons volontiers à cette manière de voir qui doit être la vraie dans un grand nombre de cas de généralisation. Mais certains faits semblent prouver que ce n'est pas seulement ainsi que se produit la propagation au loin, et que le transport par le sang du miasme fibro-plastique, quel qu'il soit, peut aussi provoquer la formation de productions secondaires, ou du moins activer les troubles de la nutrition et les localiser plus particulièrement dans certains organes.

Nous avons déjà vu que, pour Virchow, l'immunité des glandes lymphatiques semblait prouver que le transport du miasme se faisait ici par le sang. Ce qui confirmerait cette manière de voir, c'est la fréquence des tumeurs secondaires dans les poumons. On a trouvé des produc-

tions fibro-plastiques dans cet organe sur les trois quarts des sujets qui ont succombé à la généralisation. Souvent il était seul atteint. Il ne saurait en être autrement si la propagation par le sang est réelle, puisque le réseau capillaire si délié du poumon est le premier qui s'offre aux éléments morbides suivant le cours du sang veineux. Il n'y a d'exception que pour les tumeurs abdominales. Ici, c'est le foie qui devrait être le premier atteint. C'est en effet le cas le plus ordinaire. Nous avons déjà signalé une tumeur fibro-plastique rétro-péritonéale, avec deux tumeurs secondaires, une dans le foie et une dans le poumon.

En second lieu, il est bien établi que les parois des veines offrent peu de résistance à la communication des tumeurs avec le sang. « Il est incontestable, dit M. Broca *loc. cit.*), que l'ulcération intraveineuse à la suite de laquelle les éléments globulaires des tumeurs se mêlent presque inévitablement au sang veineux, a été constatée dans un grand nombre de casde généralisation ».

Du reste, pour bien comprendre la facilité de la généralisation par cette voie dans les tumeurs fibro-plastiques il suffit de se rappeler que leurs vaisseaux n'ont pour ainsi dire pas de parois propres, qu'ils sont creusés dans l'intérieur du tissu morbide. Cette structure, qui explique la facilité des ruptures vasculaires, explique aussi la facilité des éléments de la tumeur dans les organes éloignés.

Voici maintenant trois cas qui semblent démontrer la généralisation des tumeurs fibro-plastiques par le système veineux.

1° Weber (*Virchow's Arch.* 1873), cite un cas de sar-

come péri-vasculaire de la jambe droite, avec thrombose et dépôts sarcomateux dans la veine crurale du côté malade. Dépôts consécutifs dans les poumons.

2° Nicoladoni (*Deutsche Zeitschrift fur Chirurgie*,1873) rapporte l'observation d'un sarcome à cellules fusiformes siégeant à la partie postérieure de la cuisse, au voisinage du nerf sciatique. Elle recevait une branche importante de l'artère fémorale. Il en partait une veine volumineuse qui s'ouvrait dans la veine crurale. Cette veine était remplie par une masse sarcomateuse qui se prolongeait intérieurement dans la veine crurale. La mort était survenue par généralisation.

3° MM. Hayem et Grauf (voir *Gazette médicale de Paris*, 1874) ont observé un malade de 22 ans qui offrait les symptômes d'une pleurésie. On avait songé à un cancer des plèvres. Ce malade présentait en outre, sur le tendon rotulien, une tumeur grosse comme un œuf. Il s'était aperçu de l'existence de cette tumeur depuis plus d'un an. A l'autopsie, on trouva une énorme tumeur encéphaloïde sans le poumon droit, quelques petites tumeurs de même aspect dans le poumon gauche, Les parois de la veine cave supérieure entourée par la tumeur étaient dégénerées. Un bourgeon de tissu morbide, supporté par un prolongement long et friable pénétrait dans son intérieur. A l'examen microscopique on reconnut que ces tumeurs étaient en grande partie constituées par des cellules fusiformes. « Cette observation, dit M. Henri Huchard, (Revue de Hayem, 1875) est un exemple remarquable de sarcome secondaire du poumon, dont le point de départ a été la petite tumeur qui existait depuis plus d'une année en avant du tibia

Il est très-probable que la tumeur pulmonaire a une origine embolique, que le sarcome du tendon a perforé une petite veine, et que du genou il est allé envahir le tissu pulmonaire. Ce qui prouve cette assertion de l'origine embolique du sarcome, c'est l'envahissement de la veine cave supérieure par le sarcome pulmonaire. C'est aussi l'intégrité du ganglion de l'aine paraissant le plus malade. On peut alors supposer que tous les autres ganglions étaient sains, et que ce n'est pas par la voie des lymphatiques que s'est produite la tumeur secondaire. Il ajoute que, dans les sarcomes, la reproduction n'est pas le plus souvent imputable à une manifestation interne de la diathèse. Elle est tout simplement le développement d'une greffe à distance, qui s'était séparée de la masse primitive. »

Tous ces faits semblent prouver que les veines jouent un rôle important dans la généralisation des tumeurs fibro-plastiques. Nous pensons néanmoins que de nouvelles preuves sont nécessaires avant de rien affirmer catégoriquement en ce sens.

Cette étude nous conduit aux conclusions suivantes.

CONCLUSIONS.

Au point de vue du pronostic :

1° La guérison peut être obtenue par l'ablation de la tumeur. Ces faits sont rares et ne sont pas d'une certitude absolue.

2° La récidive est la règle Très-rapide quand elle provient d'une extirpation incomplète, elle peut se faire

attendre plusieurs années, quand il s'agit d'une récidive par repullation.

3° La généralisation, qui n'est pas rare, se fait surtout dans les poumons, respecte ordinairement les ganglions, et parait se propager fréquemment par les veines.

4° La fibro-plastie, dans la tumeur primitive, dans les récidives, dans la généralisation ne semble produire d'autres effets sur l'économie que ceux qui sont dus à la lésion des organes ou à la gêne des fonctions.

Au point de vue du traitement :

1° Il faut opérer largement pour enlever tous les tissus morbides. C'est le seul moyen que nous possédions de prévenir les récidives.

2° Nous avons vu que certains auteurs recommandent d'opérer le plus tôt possible, d'autres au contraire préfèrent ajourner l'opération, tant que la tumeur ne cause pas de gêne. Il est difficile de se prononcer dans un sens ou dans l'autre. Nous croyons cependant que dans la crainte de la généralisation par les veines il vaut mieux se hâter d'opérer.

Pour compléter notre étude sur la gravité des tumeurs fibro-plastiques, il nous eût été facile de citer des cas de récidives et de généralisation qui se trouvent relatés en grand nombre par les auteurs qui se sont occupés de cette question. Mais nous avons jugé suffisant de rapporter trois observations qui n'ont pas encore été publiées.

Dans la première, que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Péan, il s'agit d'un cas de sarcome fasciculé du bras droit ayant récidivé quatre fois. La dernière réci-

dive a exigé la désarticulation de l'épaule. Le malade commençait à se remettre de cette grave opération, quand il a été pris d'accidents brusques qui ont amené la mort. A l'autopsie, on a trouvé des tumeurs de même nature dans les poumons et quelques autres viscères. (J. André).

La deuxième, qui a été prise par notre collègue et ami de Santi, se rapporte à un ostéosarcome de nature fibro-plastique du calcaneum, pour lequel l'autopsie de la jambe fut pratiquée. Deux ans après, la malade se représentait avec une tumeur de même nature sur la cicatrice. Il s'agit donc ici d'une récidive sur un point éloigné du siége primitif.

Enfin nous donnons en troisième lieu une note que nous a communiquée notre ami M. Ramonède, interne à l'Hôtel-Dieu, sur un cas de récidive sur place. Le malade est encore dans le service de M. Richet.

Obs. I. — Levert (Alfred), 51 ans, mécanicien, entre à l'hôpital Saint-Louis, le 12 janvier 1876, pour une tumeur occupant toute la partie postérieure du bras et une partie de sa face antérieure.

C'est la quatrième fois que le malade se présente à nous pour la même affection.

Au mois de novembre 1874, la tumeur, dont le début remontait à trois mois, et dont le développement était attribué à un choc, avait à peu près le volume d'un œuf de poule, une forme ovalaire à grand axe longitudinal parallèle au bord interne du biceps. Elle occupait l'intervalle qui sépare le biceps du brachial antérieur et siégeait dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Sans adhérence aux muscles que nous venons de nommer, elle adhérait fortement à la peau, était extrêmement dure et de

consistance uniforme. Le malade ressentait quelques fourmillements dans les doigts, mais n'éprouvait pas de douleurs; il pouvait travailler comme à l'ordinaire.

Sa tumeur fut enlevée le 4 décembre 1874. On circonscrivit sa base par une incision curviligne et on l'énucléa sans toucher aux fibres musculaires. Le pansement consista dans l'application de charpie imbibée d'eau alcoolisée.

A la fin de janvier, c'est-à-dire six semaines après, la guérison de la plaie était complète. M. André qui fit l'examen microscopique de la tumeur, diagnostiqua : Sarcome fibro-plastique.

Quatre mois après, en mai 1875, le malade revint vers nous avec une tumeur développée au niveau du bord interne du triceps, adhérente à l'aponévrose et aux cicatrices de la première opération. On remarquait aussi à la partie externe du biceps un petit noyau, qui avait déjà acquis le volume d'une noisette. Nous fîmes une seconde opération en enlevant une partie du triceps.

L'analyse histologique faite une seconde fois au Collége de France par M. Malassez donna le même diagnostic (sarcome fasciculé).

Nous revîmes le malade au mois d'octobre; il y avait alors trois tumeurs : une adhérente au biceps, les deux autres au triceps.

Connaissant la nature de l'affection à laquelle nous avions affaire, effrayé par la marche rapide de la tumeur, nous conseillâmes au malade de faire le sacrifice de ce bras qui, du reste, ne lui servait plus depuis près de huit mois et qui le vouait à une mort prochaine.

Le malade ne put s'y décider et quittait nos salles quelques jours après.

Le 12 janvier 1876, il revient à l'hôpital, et voici ce que nous trouvons.

La partie inférieure du bras est déformée surtout du côté interne. Cette déformation est caractérisée d'une part par les cicatrices des dernières opérations; d'autre part, par de grosses bosselures qui soulèvent les téguments et les couches sous-jacentes au niveau des faces antérieure, latérales interne et postérieure de cette partie du membre. Les bosselures sont violacées

par place; quelques veines dilatées sur la peau rampent à leur surface.

Cette déformation du bras est bien plus prononcée que lors des trois premières opérations; on voit les bosselures devenir apparentes à partir du tiers moyen jusqu'au tiers inférieur, mais c'est plus spécialement sur le trajet des gros vaisseaux placés au côté interne du membre que ces bosselures remontent en diminuant de largeur.

Toutefois, c'est à la partie inférieure du membre que la tumeur fait visiblement corps avec la peau et les couches sous-jacentes.

Ces caractères se reproduisent également au toucher; on constate, en outre, que les aponévroses superficielles qui séparent le vaste interne du biceps sont envahies par la tumeur, que la portion inférieure de ces deux muscles est également confondue avec le tissu morbide, que les battements de l'humérale ne se perçoivent plus au-dessous de la tumeur; il en est de même de la radiale et de la cubitale.

Dans toute son étendue, la tumeur était remarquable par sa dureté fibreuse, par son homogénéité, par sa fixité, sauf dans la moitié supérieure, où elle avait encore conservé un certain degré de mobilité sur les parties voisines.

Elle n'était douloureuse ni à la pression ni dans les mouvements communiqués au membre. Toute la partie du membre située au-dessus et au-dessous de la tumeur avait conservé ses caractères normaux; cependant, le malade ne pouvait plus mettre le petit doigt dans l'extension, mais tous les mouvements des autres doigts étaient possibles. La sensibilité était très-émoussée; si l'on venait à pincer ou piquer la main et le tiers inférieur de l'avant-bras, on ne provoquait aucune douleur; quant au petit doigt, il était complètement insensible, au point que le malade nous affirme l'avoir traversé de part en part avec une aiguille sans éprouver la moindre souffrance. Il nous raconte même qu'il s'est brûlé très-profondément et qu'il n'a rien senti.

Nous n'avons rien trouvé dans les autres régions; les ganglions axillaires étaient sains.

Malgré une certaine faiblesse et quelques souffrances, l'état général était assez satisfaisant pour faire regretter au malade un bras dont il croyait pouvoir encore se servir un jour.

Nulle difficulté pour le diagnostic et le pronostic de cette tumeur, puisque l'examen en avait été fait après les premières opérations. Il n'était pas douteux pour nous qu'un jour ou l'autre la tumeur reparaîtrait que déjà l'amputation à la partie supérieure de la tumeur était impossible, qu'il n'y avait par conséquent, comme seule ressource, que la désarticulation de l'épaule.

L'opération fut pratiquée le 15 janvier 1876.

Pour nous rendre un compte exact de la tumeur, nous avons tenu à la disséquer, et voici le résultat de l'examen.

La tumeur est formée par un tissu blanchâtre, résistant, criant sous le scalpel et en rapport profondément avec le périoste. En arrière, les faisceaux du muscle triceps sont disjoints, écartés, et le tissu morbide adhere fortement à la peau. Le brachial antérieur et le biceps sont soulevés et déjetés à droite et à gauche; leurs faisceaux sont aussi disjoints.

Une coupe pratiquée à différentes hauteurs sur le bord externe du biceps montre que, en haut, la partie supérieure de l'artère humérale et des veines de même nom, que la partie des nerfs médian, cubital et radial située à trois centimètres au-dessous de l'articulation scapulo-humérale sont englobés par la tumeur. Plus bas, le nerf cubital et le nerf médian, l'artère humérale et les veines humérales, se sont taillés pour ainsi dire une route dans la masse de la tumeur. En arrière, dans la région postérieure du bras, le nerf radial est également enclavé dans la tumeur.

En résumé, la tumeur forme une masse qui rayonne autour du corps de l'humérus comme centre, s'attache aux aponévroses fibreuses résistantes du bras et aux lames cellulaires interposées aux muscles et en fin de compte vient soulever la peau en contractant avec elle des adhérences très-intimes. » (J. André.)

Le quinzième jour de l'opération et le lendemain, le malade a souffert beaucoup, n'a pu prendre que très-peu de nourriture.

P. 104. T. A. 38.2

Le 16, même état : P. 102. T. matin : 38.4; soir : 38.5

Le 17, le malade se trouve mieux, a reposé quelques heures la nuit précédente. On fait le pansement avec de la charpie imbibée d'eau alcoolisée, et on entoure le moignon d'ouate retenue par des bandes. La plaie a un bon aspect; on enlève les pinces hémostratiques placées sur les petites artères, on laisse celles placées sur les grosses.

P. 98. T. Matin : 37.3; soir : 38.1.

Le 18, nuit bonne, le malade se sent de l'appétit.

P. 95. T. 38, matin ; 38.4, soir.

Le 19, le malade se trouve de mieux en mieux.

P. 83. T. 38.4, matin; 38.4, soir.

Le 20, même état, les jours suivants, on a constaté un état très-bon et un acheminement rapide vers la guérison.

Voici le tableau des températures aux différents jours.

	Le 20 :	matin,	37.4;	soir :	38.4
	21 :	—	37.4;	—	39.1
	22 :	—	38.3;	—	38.4
	23 :	—	38 ;	—	38.2
	24 :	—	37.4;	—	38
	25 :	—	38 ;	—	38.4
	26 :	—	38 ;	—	39.3
	27 :	—	38 ;	—	38
	28 :	—	37.4;	—	38
	29 :	—	37.2;	—	38
	30 :	—	37.3;	—	37.4
	31 :	—	37.3;	—	37.4
Février.	Le 1er :	—	37.2;	—	37.5
	2 :	—	37.4;	—	37.3
	3 :	—	37 .	—	

Le 27 janvier le malade fut transporté au Châlet, afin de pouvoir respirer un air plus pur. Il se levait presque toute la journée, se portait assez bien, reprenait des forces, lorsqu'il fut

pris d'accidents brusques qui amenèrent sa mort. A l'autopsie on trouva :

L'analyse de la première tumeur faite par M. J. André, démontra qu'il s'agissait d'un sarcome fasciculé.

Le poumon, le foie, les reins, examinés après autopsie, contenaient des productions analogues à celles de la tumeur primitive.

Nous sommes ici en présence d'une terminaison fatale et rapide amenée par la généralisation de la fibro-plastie.

Obs. II. — Sarcome fasciculé récidivé du membre inférieur.

La nommée Bollender (Augustine), piqueuse, âgée de 18 ans, entre dans le service, le 1er avril 1875.

Cette malade avait déjà, en 1874, fait un long séjour à l'hôpital pour une tumeur de la partie postérieure du pied gauche; cette tumeur fut considérée comme une tumeur blanche, et, à cause de l'état général mauvais qu'elle entretenait, l'amputation de la jambe fut pratiquée. — A l'autopsie, on reconnut un ostéo-sarcome du calcanéum. L'examen, fait par M. Ranvier, fit reconnaître que cette tumeur était un sarcome fasciculé.

La cicatrisation fut longue à s'effectuer, mais la malade sortit guérie au bout de quelques mois. — A la fin de l'année 1874, une ulcération se produisit sur la cicatrice du moignon et se referma assez vite.— C'est seulement depuis trois ou quatre mois que des douleurs se sont manifestées sous le genou gauche lorsque la malade faisait une marche un peu longue ou après un changement de température. Bientot après, l'articulation commença à grossir, et la malade se décida d'entrer de nouveau à l'hôpital.

Elle présenta à l'examen tous les symptômes d'une hydarthrose, hypothèse qui semblait confirmée par ce fait que la malade marchait sur son genou à l'aide d'une jambe de bois; cependant, la pâleur et l'amaigrissement de tout le corps, l'altération de la physionomie contrastaient singulièrement avec la bénignité de l'affection.

Un vésicatoire fut appliqué et amena la résorption d'une cer-

taine quantité de liquide dans la synoviale; la tumeur diminua, mais elle ne disparut pas complètement. Bientôt, des douleurs plus vives apparurent à l'articulation; la région du genou recommença à augmenter de volume sans donner la sensation de flot de l'hydarthrose, l'état général devint de plus en plus mauvais; enfin des douleurs lancinantes se manifestèrent à l'extrémité du moignon. — Au bout de huit jours, une ulcération à bords déchiquetés, mais saillante, se montra sur la partie interne du lambeau antérieur de l'amputation et elle augmenta rapidement de surface.

10 avril. On constate un gonflement très-considérable de tout le segment de la jambe jusqu'un peu au-dessus du genou.

L'extrémité du moignon est occupée par une tuméfaction mollasse, fongueuse, paraissant occuper le tissu cellulaire sous-cutané, sans grande adhésion avec les os. La tête du tibia semble plus volumineuse que du côté sain. — Sur le côté interne du moignon, une large ulcération donne issue à une assez grande quantité de liquide séro-sanguin, sanieux et fétide. — Le genou est uniformément gonflé, sans trace de fluctuation; ce gonflement est constitué par du tissu fongueux. — L'extrémité inférieure du fémur, dans sa portion articulaire, paraît participer au gonflement. Tout le creux poplité est rempli par ce même tissu fongueux. On trouve deux ou trois ganglions durs et douloureux à la partie interne de l'aine gauche.

Les douleurs spontanées sont rares, mais les douleurs provoquées par une pression, même légère, sont très-vives. Depuis le mois de janvier 1875, les règles ne se sont pas montrées. On sent quelques ganglions profonds dans la fosse iliaque gauche. Le toucher vaginal ne peut être pratiqué à cause de la douleur qu'il provoque et de la présence d'un hymen intact.

Depuis quelques mois, la malade tousse; à l'auscultation on constate en avant et en arrière un peu de respiration soufflante du côté droit et quelques petits craquements secs au niveau de la fosse sus-épineuse gauche. — La malade dit n'avoir jamais craché de sang, expectorer très-peu et n'avoir éprouvé de douleurs dans aucun point de la poitrine; elle a perdu l'appétit et, avant-

hier, pour la première fois, elle a vomi; cependant elle digère assez bien et sans douleur.

Au niveau du creux épigastrique, on détermine de la douleur par la pression; mais il est difficile d'explorer l'estomac. à cause de la contracture des muscles abdominaux; il semble toutefois qu'on éprouve à ce niveau une rénitence particulière. — Toute la portion supérieure de l'abdomen donne un son mate. — Le foie est volumineux; il n'y a pas d'ictère. La malade est constipée.

On constate enfin un grand amaigrissement, la teinte jaune de la peau, la flaccidité des chairs.

Le 20. Phénomènes généraux persistants; quelques vomissements. — La masse ulcérée végète et bourgeonne comme un énorme champignon implanté sur le côté interne de la cicatrice; sa couleur est brune, son odeur fétide, les bords se continuent avec le tissu circonvoisin sans ligne de démarcation.

Le 21. Une forte hémorrhagie capillaire a lieu à la surface de la tumeur. (Pansement simple, compression légère).

1er mai. Le genou a doublé de volume.— A la partie interne du moignon, existe une masse de la grosseur des deux poings, adhérente, assez dure, à surface noirâtre, entourée d'un cercle rouge.— Quelques hémorrhagies artérielles se font dans la région du cercle. A la partie externe du moignon est une autre tumeur non ulcérée, donnant la fausse fluctuation, et du volume d'un œuf.

Vomissements fréquents, douleurs épigastriques. — Ces phénomènes cessent par l'administration de l'opium.

Le 8. Gonflement croissant du genou.— La tumeur du moignon augmente et se sphacèle; elle répand une odeur infecte et donne lieu à un écoulement abondant.

Tout le segment de la jambe est hyperesthésié, à tel point qu'il est impossible de le toucher. Les douleurs spontanées sont atroces et empêchent la malade de dormir.

Le 13. Hémorrhagies artérielles considérables à chaque pansement. (Perchlorure de fer et amadou). Etat général déplorable. Anorexie, vomissements, cachexie.

La partie externe du moignon grossit et s'ulcère à son tour.

Le 28. L'état local et la cachexie ont fait des progrès énormes.

(Vésicatoires morphinés au creux épigastrique pour arrêter les vomissements). La malade ne peut plus se soulever sur son lit et elle est arrivée à un état extrême de marasme.

Néanmoins, et malgré l'opposition de tout le monde, elle demande sa sortie. Nous avons appris quelque temps après qu'elle avait succombé.

Obs. III. — Ev..., maçon, âgé de 32 ans, est entré, le 22 juin 1876, à l'Hôtel-Dieu, service de M. Richet, pour une tumeur siégeant à la partie supérieure du creux poplité.

A 14 ans, il reçut un coup de bâton dans cette région; et quelques jours après survint une grosseur qui atteignit le volume d'une noisette. Cette tumeur était complètement indolente.

Elle resta stationnaire jusqu'en 1870, époque où les fatigues de la guerre amenèrent un nouvel accroissement.

Cette tumeur fut enlevée par M. Richet en 1874. L'examen histologique fit reconnaître sa nature fibro-plastique.

Maintenant, le malade se présente de nouveau, portant une tumeur de la grosseur d'une orange. La récidive a commencé vers le mois de mai 1876. La peau s'est altérée en deux points, et à travers ces ulcérations se sont montrés deux bourgeons rougeâtres et saignants.

Au bout de quelques jours, la cicatrice ancienne s'est rompue, et la tumeur a fait saillie à travers.

Pas de douleurs spontanées. Douleurs très modérées à la pression.

L'état général est bon, et les ganglions de l'aine parfaitement sains.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie. — Appareil génito-urinaire.

Physiologie. — Des mouvements et des bruits du cœur.

Physique. — Usage thérapeutique des courants électriques.

Chimie. — Caractères généraux des nitrates. Réparation et propriété des nitrates de potasse, de baryte, de bismuth, de mercure, d'argent.

Histoire naturelle. — Des fruits, leur structure, leur classification.

Pathologie externe. — Diagnostic et classification des calculs urinaires.

Pathologie interne. — De la syphilis congénitale.

Pathologie générale. — Des hydrophlegmasies.

Anatomie pathologique. — De l'hydrocéphale.

Médecine opératoire. — Des divers procédés de trachéotomie.

Pharmacologie. — Des préparations pharmaceutiques qui ont pour base les amandes douces et amères et le laurier-cerise. Etude comparée des eaux distillées de laurier-cerise, d'amandes amères et de l'acide cyanhydrique médicinal.

Thérapeutique. — Des médicaments sudorifiques.

Hygiène. — De l'établissement des voiries.

Médecine légale. — A quels signes distingue-t-on le suicide de l'homicide ?

Accouchements. — Des grossesses gémellaires.

Vu : le président de la Thèse,
GOSSELIN.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
A. MOURIER.